

SERVICE DE PORTAGE DE REPAS À DOMICILE

Date :/...../.....

Bénéficiaire :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

78200 - BUCHELAY

N° de téléphone :

Consignes pour la livraison des repas (*portail, sonnette, chien, difficultés particulières, etc ...*) :

.....
.....
.....

- | | |
|---|--|
| ☐ Repas classique | ☐ Repas sans sel |
| ☐ Repas diabétique | ☐ Repas diabétique sans sel |
| ☐ Du lundi au vendredi | |
| ☐ Autre rythme : | ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi ☐ Vendredi |

Date de début :

Personne à prévenir en cas de besoin :

Contact n°1 : Lien :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

Contact n°2 : Lien :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

N° de téléphone :

Signature du
bénéficiaire :



Contact : Mme ISABELLE Fiona
Tél : 01.30.92.83.38
Mail : fiona.isabelle@buchelay.fr